



TITLE:

早期膵癌を考える

AUTHOR(S):

鈴木, 徹

CITATION:

鈴木, 徹. 早期膵癌を考える. 日本外科宝函 1987, 56(2): 99-100

ISSUE DATE:

1987-03-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/204023>

RIGHT:

 話 題

早期膵癌を考える

鈴 木 敏

「早期癌」は厳密には「早期の癌」とニュアンスを異にしている。例えば症状の発現する前にいち早く発見された小型の癌、すなわち診断学的には早い段階で拾い上げられた病巣であっても、現行の治療により完治せしめえなかったならば、それは早期の癌であるかもしれないが正確に早期癌と断ずるべくためらわれる。早期癌とは患者の愁訴とか病変の状況いかに問わず、ごく標準的な治療法により大半が完全に治癒する、そういった段階にある一群の病巣の中から選別されるのではなくてはならない。つまり同一疾患々者の中から、特殊な手段を講じなくても標準的切除術式のみで長期生存した一連のグループを選び、その術前検査、術中所見、切除標本などを詳しく解析してのちはじめて、その臓器由来の早期癌が定義づけられるのである。

各臓器の早期癌の特性が論ぜられるに及び、膵臓領域においても早期膵癌なる言葉が口の端に掛かるようになった。しかし、遺憾ながら現時点では「いわゆる早期の膵癌」を概念的には理解できても、「早期膵癌」の具備すべき条件を具体的に明示することは叶えられていない。なぜならば、われわれは完治した多くの膵癌症例をいまだ手中にしていないからである。

膵癌では肉眼的進行度を定める項目として、腫瘍の大きさ、リンパ節転移、膵被膜浸潤、膵後方浸潤、門脈系浸潤の5因子が示されている。そして腫瘍の大きさが0~2 cmで上記いずれの浸潤もなくリンパ節転移も認めないものをStage Iとし、以下癌進展につれてStage IVまでの病期が分類されている。では現実に治療の対象となった膵癌の中のいかほどがStage Iに属しているのだろうか。

まず自験例をみると、1966年以降1986年7月までに経験した330例の膵癌の中でStage Iは実に5例1.5%を数えるに留まっていた。なお、この中の4例は最近の4、5年間に診断されたもので切除後生存中である。また、日本膵臓学会の全国膵癌登録調査をみても毎年登録される約1000症例の膵癌の中でStage Iと判定されたものの占める頻度は、年度順に、1981年1.8%、1982年4.2%、1983年1.6%、1984年2.2%、1985年3.2%という有様である。ではStage II症例の頻度はどうかというと、これも各年度とも10%内外に低迷したままである。このように過去膵癌患者になされてきた治療の大半が、高度の進行癌を対象としている状況は慙愧に堪え難いものがある。

次に遠隔成績であるが、この登録調査によれば、1981年には24.5%の患者が切除され、その切除膵癌例の5年生存率は全体として10.4%となっている。これら5生率を腫瘍の肉眼径別にみると、2 cm以下(T₁) 49.8%、2.1-4.0 cm (T₂) 16.6%、4.1-6.0 cm (T₃) 15.0%、6.1 cm以上(T₄) 21.8%であって、2 cm以下の小膵癌の遠隔成績は確かに相対的に良好であった。しかしこれとても、他臓器

TAKASHI SUZUKI: Early Pancreatic Cancer.

Associate Professor of the 1st Department of Surgery, Faculty of Medicine, Kyoto University, Kyoto 606, Japan.

Key words: Early pancreatic cancer, Small pancreatic cancer less than 2 cm, Radical pancreatectomy.

索引語: 早期膵癌, 2 cm 以下小膵癌, 根治的膵切除.

の早期癌のそれに比ぶればおよそ及ぶべくもない。大きさのみから規定した小膵癌が即早期癌ではないという現実がいみじくもここに明示されている。

本邦諸施設で1966年から1983年までに手術された100余例の肉眼径 2 cm 以下の膵癌 (T₁) を集計した土屋らの報告でも、切除後5年生存率は30.3%にすぎない。ところがこの中 Stage I に属する45例のみについての5生率も37.0%に留っていた。この数値をみる限り Stage I 膵癌をそのまま早期膵癌の範疇に組み込むべく躊躇せざるをえない。「Stage I 癌」と「早期癌」との関連について、例えば胃癌や大腸癌では、早期癌は Stage I 癌よりもさらに壁深達度の軽微なる一群のもののみ限定されている。同じような視点にたつて、かりに現行の Stage I 膵癌をさらに細分して早期膵癌の枠組——例えば主膵管内限局癌を早期膵癌の候補とするなど——をとり決めようとしても、現実にはそれに見合う一定数の症例が容易に集積しうるとは考え難い。このように現時点の早期膵癌は実態の伴わない幻の早期癌でしかない。

とはいうものの、上述のごとく相対的にみれば 2 cm 以下の小膵癌の5生率はそれ以上の大きさのそれを確かに凌駕している。さすれば、より小さい病巣の発見に没頭してきた従来の姿勢は今後ともなお崩すわけにはいかない。そのための手順としては、膵鉤部癌のごとき「辺縁型小膵癌」よりも、いちはやく主膵管に影響の及ぶ「中心型小膵癌」の拾いあげに全能を傾注するのが効果的である。すなわち、腹部不定愁訴で訪れる患者の中から、腫瘍随伴性膵炎によって逸脱した血清エラスターゼ1などの膵酵素上昇、および超音波検査による尾側膵管拡張をまずスクリーニングし、それをいとぐちに、膵管撮影の力を借りるなどして一挙に確診へと進めるのである。期待に反し、単クローン抗体を応用して開発された最新の腫瘍マーカーは、2 cm 以下膵癌の検出には非力であった。

かくして診断された小膵癌にいかなる治療法を施したらよいのか？自験例を観察する限り小膵癌の生物学的悪性度は進行癌のそれとなんら変りないことが示された。例えば組織学的な検討でも、2 cm 以下膵癌は進行癌と大差のないリンパ管侵襲、静脈侵襲、神経周囲侵襲などが確められ、拡大手術の必要性が喚起された。それをふまえ、目下われわれは膵頭部癌の基本術式として拡大膵亜全摘術を採用している。すなわち、膵は膵尾部を残して大量切除するが、その際肝動脈、腹腔動脈、上腸間膜動脈周囲の郭清は徹底して行い、膵内門脈はその周辺リンパ節、リンパ管、神経組織、疎性結合織などで包み込んだまま一塊切除し、直ちに門脈血行再建を施行する。そして術後機能脱落を最小限にとどめる目的で、Billroth I 法様式の生理的再建法で仕上げている。膵頭十二指腸切除時には従来から Billroth II 法様式の再建法が慣用されてきたが、これをI法様式に変更することにより術直後の morbidity や mortality が上昇するようにはなかった。また術後長期的にみてもこの生理的再建により、消化吸收やホルモン分泌などの障害の程度を軽度で留めることができ、胆道感染や吻合部潰瘍などの発生もよく制御しえている。

病巣切除後は照射を中心とする集学的治療にも心掛けている。果してこれによりどこまで生存期間の延長を果しうるものか症例を集積しつつ追跡中であるが、目下の感触は悪くない。かかる作業の積重ねにより必ず膵癌にあっては完治例が増加する筈である。他臓器癌においてすでに実証されたごとく、そしてそれによりはじめて早期膵癌の名に相応しい一連の病態が明確化し、その概念が具体的に確立されるものと信じている。